Hommage de l'Auteur

HYPNOTISME ET HYSTÉRIE

DU RÔLE DE L'HYPNOTISME EN THÉRAPEUTIQUE

Leçon faite à la Salpêtrière, le 23 Juin 1891

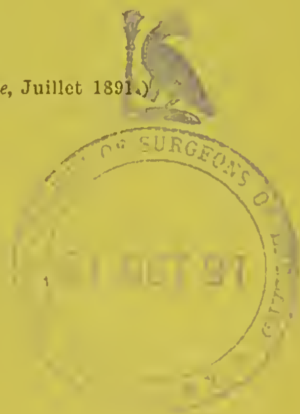
PAR

J. BABINSKI

Médecin des hôpitaux,

Ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté.

(Extrait de la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, Juillet 1891.)



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain, en face l'École de Médecine

1891

HYPNOTISME ET HYSTÉRIE

DU RÔLE DE L'HYPNOTISME EN THÉRAPEUTIQUE



Leçon faite à la Salpêtrière, le 23 juin 1891.

PAR

J. BABINSKI
Médecin des hôpitaux,
Ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté.

(Extrait de la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, Juillet 1891.)



PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain, en face l'École de médecine
1891

Hypnotisme et Hystérie.

Du rôle de l'hypnotisme en thérapeutique.



Messieurs,

Mon maître, le professeur Charcot, m'a fait l'honneur de m'inviter à faire dans cet amphithéâtre une conférence sur l'hypnotisme.

Les travaux que l'on a publiés sur la matière sont innombrables et mon intention n'est pas de vous en faire l'historique. Je vous rappellerai seulement que ce sujet, étudié pour la première fois avec une méthode clinique par le médecin anglais Braid, n'est entré définitivement dans le domaine scientifique que depuis les travaux de M. Charcot, qui ont rigoureusement établi la réalité de cet état nerveux.

Vous savez tous, Messieurs, comment on conçoit l'hypnotisme à la Salpêtrière et vous savez aussi qu'un groupe de médecins, en tête desquels je dois citer le Dr Bernheim, de Nancy, professe à cet égard des idées diamétralement opposées. Dans un travail intitulé : *Grand et petit hypnotisme*, publié en 1889 dans les *Archives de neurologie*, j'ai cherché à démontrer que, malgré toutes les attaques auxquelles elles avaient été en butte, les doctrines de Paris n'avaient pas été ébranlées.

Je ne puis recommencer ici toute cette discussion, car mon temps est limité ; il est du reste inutile de répéter ce qui a déjà été dit et chacun peut apprécier par lui-même la valeur des arguments que j'ai fournis. Je veux simplement développer un chapitre écourté de ce mémoire, celui qui a trait aux relations entre l'hypnotisme et l'hystérie.

A la Salpêtrière on soutient que ces deux états présentent des connexions intimes et que l'hypnotisme est du ressort de la pathologie.

A Nancy on prétend que l'hypnotisme est un phénomène physiologique.

D'autre part, à la Salpêtrière, sans rejeter, tant s'en faut, l'hypnotisme de l'arsenal thérapeutique, on pense que ses indications sont limitées et que ce mode de traitement ne peut guère être appliqué avec succès que dans l'hystérie.

A Nancy on admet au contraire que la plupart des maladies peuvent bénéficier de l'emploi de cette méthode.

Voilà donc deux questions connexes, au sujet desquelles règne un désaccord absolu et que je me propose de discuter dans cette leçon.

*
* *

Pour se faire une idée précise sur les relations qui peuvent exister entre l'hypnotisme et l'hystérie, il est évidemment indispensable d'être au préalable parfaitement fixé sur la valeur exacte de chacun de ces deux termes.

Et d'abord, qu'est-ce que l'hystérie?

Vous me direz peut-être qu'il ne peut guère y avoir de discussion à ce sujet, que le sens de ce mot est absolument déterminé, car il correspond à un état nerveux que tout médecin a eu l'occasion d'observer.

Cela est vrai si l'on a en vue l'hystérie dans ses formes les plus parfaites.

Voici, par exemple, un sujet chez lequel on constate l'existence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète. Du côté affecté, la sensibilité générale est abolie dans tous ses modes; le malade a perdu les sens de l'ouïe, du goût et de l'odorat du même côté ; on constate chez lui un rétrécissement concentrique du champ visuel, de la polyopie monoculaire, de l'amblyopie, une dyschromatopsie spéciale, caractérisée par la perte de la vision du violet, du vert, du bleu et la persistance de la vision du rouge. A côté de ces symptômes permanents, stigmates de la névrose, le malade a présenté, à diverses époques, des phénomènes épisodiques. Ce sont des attaques constituées par des convulsions épileptiformes, de grands mouvements, des attitudes passionnelles et du délire ; ce sont des paralysies brachiales et crurales, flasques et spasmodiques, de l'aphonie, du mutisme, du hoquet, de la chorée rhythmée, etc., etc. Personne n'hésitera à reconnaître que cet ensemble de manifestations correspond à une espèce nosographique distincte désignée sous le nom d'hystérie.

Mais cette névrose ne présente pas toujours un aspect

aussi éclatant; les cas frustes sont même beaucoup plus nombreux que les cas types, et ils sont souvent méconnus par les médecins peu versés dans l'étude de la neuropathologie.

Avant tout il est nécessaire d'être bien prémuni contre quelques idées erronées transmises par la tradition. La légèreté, l'insouciance, la mobilité étaient considérées autrefois comme caractérisant l'état psychique de l'hystérie et il était admis que les manifestations somatiques étaient essentiellement fugaces. Ces idées, déjà inexactes si on les applique à tous les cas d'hystérie chez la femme, sont, comme vous le savez, complètement fausses si l'on envisage l'hystérie chez l'homme et naturellement, pour les médecins qui les ont encore, le champ de cette névrose se trouve singulièrement rétréci.

Le tableau symptomatique de la grande hystérie dans sa forme la plus parfaite peut être considéré comme un assemblage de pièces distinctes représentant chacune un des syndromes de la névrose. Le tableau peut se dégrader par la perte successive d'une ou plusieurs de ses pièces et arriver à la limite à n'être plus constitué que par l'une d'entre elles. C'est là l'hystérie monosymptomatique.

Parmi les syndromes de l'hystérie, il en est quelques-uns qui présentent un facies symptomatique tellement spécial que, même en l'absence de tout autre signe de la névrose, on peut immédiatement reconnaître la nature de l'affection. Je citerai comme exemples le mutisme, l'hémispasme glosso-labié; ce sont là, en quelque sorte, *les accidents spécifiques de l'hystérie.*

D'autres syndromes au contraire n'ont pas dans leur forme un cachet pathognomonique. Il en est ainsi de certaines variétés d'anesthésies, de paralysies, de contractures. Lorsqu'ils ne sont pas accompagnés d'autres manifestations hystériques, le diagnostic peut être parfois très délicat et c'est alors l'évolution de la maladie ou quelques circonstances particulières qui permettent de résoudre la question.

L'hystérie peut aussi revêtir les apparences, sans qu'il soit toutefois impossible de la démasquer, d'affections les plus diverses (1).

Je ne puis évidemment indiquer en quelques mots par

(1) Voir à ce sujet : *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, par le professeur Pitres, 1891.

quels procédés on peut arriver à déceler la présence de l'hystérie dans les cas difficiles (1). Ce n'est pas du reste le but de cette leçon et de plus les médecins qui suivent cette clinique sont experts en la matière.

Mon intention, en revenant sur un sujet maintes fois traité ici par M. Charcot, est de vous rappeler cette vérité, dont il est indispensable d'être bien pénétré, que le domaine de l'hystérie est infiniment plus vaste qu'on ne le croyait autrefois. C'est une des maladies nerveuses les plus fréquentes, qui peut atteindre l'enfant, l'adulte et le vieillard, les deux sexes, que les causes les plus diverses, influences morales, traumatismes, intoxications, infections, sont susceptibles de provoquer.

On pourrait presque dire que l'hystérie est, après la neurasthénie, la voie par laquelle un sujet indemne d'accidents héréditaires peut entrer le plus facilement dans la famille neuropathique. La nature contagieuse et épidémique de certains accidents hystériques, de la chorée rhythmée, en particulier, me semblent corroborer cette opinion, qui du reste n'empêche en aucune façon d'admettre l'influence considérable de la prédisposition héréditaire dans le développement de ces troubles nerveux.

Permettez-moi, Messieurs, avant de terminer cette excursion dans l'hystérie, de vous rappeler : 1° que les paralysies motrices, les contractures, les anesthésies, constituent les manifestations somatiques les plus communes de cette névrose et que ces accidents sont susceptibles d'apparaître et de disparaître avec rapidité; 2° que l'exaltation de la suggestibilité constitue peut-être, au point de vue psychique, le caractère le plus saillant de l'hystérie, ce qui ne veut pas dire, bien entendu, que les phénomènes hystériques soient toujours d'origine suggestive. Ce sont là des notions dont j'aurai à tirer parti dans quelques instants.

*
* *

Pour bien vous faire comprendre maintenant en quoi consiste l'hypnotisme, je vais vous présenter d'abord un sujet susceptible d'être plongé dans un état hypnotique tellement net et distinct de tous les états voisins que per-

(1) Voir à ce sujet mon mémoire sur la migraine ophthalmique hystérique (*Arch. de Neurol.*, n° 60), dans lequel j'ai cherché à établir les principes sur lesquels on doit se fonder pour arriver en pareil cas au diagnostic.

sonne ne songerait à en contester la nature; je mettrai ainsi en lumière les caractères qui le spécifient.

Voici un sujet chez lequel vous pouvez constater les phénomènes du grand hypnotisme tels que M. Charcot les a décrits.

Je ne chercherai pas à vous démontrer que la division du grand hypnotisme en trois états distincts: léthargie, catalepsie et somnambulisme, est légitime, ni à établir que les phénomènes hypnotiques peuvent parfois se développer à l'abri de la suggestion. Ce n'est pas que les preuves fassent défaut, mais je les ai déjà exposées tout au long dans mon mémoire sur le grand et le petit hypnotisme auquel je renvoie ceux de mes auditeurs que ce sujet intéresse (1). Du reste cette démonstration n'est pas nécessaire pour le but que je me propose d'atteindre.

Je veux simplement attirer votre attention sur les faits dont personne ne conteste l'existence, toute question d'interprétation mise à part. Passons donc en revue les caractères les plus saillants de l'hypnotisme dans sa forme type.

1° La spontanéité du sujet paraît très affaiblie. La malade que vous voyez ici, qui, à l'état normal, est vive, alerte et quelque peu turbulente, devient calme et taciturne quand elle est hypnotisée. En léthargie ou en catalepsie son activité semble complètement abolie et elle est très amoindrie dans la période somnambulique. Cette jeune fille, que j'ai fait asseoir devant vous, paraît, comme vous le remarquerez facilement, indifférente à ce qui se fait autour d'elle et elle resterait indéfiniment dans cette attitude, sans changer de place, sans adresser une seule question, si je ne l'interpellais et ne la faisais sortir de sa torpeur.

J'ajoute que la malade n'a pas de délire et que dans cet état il ne se développe pas chez elle d'hallucinations spontanées.

2° La suggestibilité est notablement exaltée.

La malade est plus obéissante qu'à l'ordinaire et se soumet volontiers, sans récriminer, à des ordres qu'elle repousserait avec énergie dans l'état de veille.

Je peux faire pénétrer dans son esprit des idées qui sont en désaccord avec ce qu'un raisonnement très simple ou l'observation immédiate met en évidence. Je lui dis par exemple que l'église de la Salpêtrière a été

(1) *Arch. Neurol.*, nos 49 et 50.

détruite par un incendie il y a de cela une semaine; elle admet aussitôt la réalité d'un événement qu'il lui aurait été pourtant impossible d'ignorer s'il se fût accompli. Elle accepte sans critique les idées qu'on énonce devant elle, quelle qu'en soit l'invraisemblance.

Il est enfin possible de développer chez elle des hallucinations sensorielles, visuelles, auditives, olfactives et gustatives. Je lui dis qu'elle est dans un jardin, qu'il y a de belles fleurs sur le bord d'un ruisseau; la malade se comporte comme elle pourrait le faire si l'objet de cette hallucination se trouvait là en réalité; elle fixe ces prétendues fleurs, se baisse, les cueille, en fait un bouquet, puis elle trempe ses mains dans l'eau du ruisseau imaginaire et en asperge ses fleurs. Je lui dis ensuite qu'il y a devant elle une cage avec de beaux oiseaux qui gazouillent; ses yeux se portent alors sur le point que je désigne, sa figure exprime la satisfaction et elle fait quelques remarques sur les oiseaux qu'elle contemple. Puis je lui fais voir un serpent fictif; effrayée, elle pousse des cris et fuit l'animal qui l'épouvante. Je la fais ainsi passer successivement d'un rêve à un autre et elle présente dans ces diverses circonstances une physionomie, une attitude naturelles qui correspondent à la situation dans laquelle elle croit se trouver.

3° On peut faire apparaître des phénomènes somatiques, des anesthésies, des paralysies flasques, des contractures, de la plasticité cataleptique, soit par des excitations mécaniques, soit par la suggestion.

Je dois vous faire remarquer, Messieurs, que nous sommes en quelque sorte les maîtres des phénomènes que nous développons et que nous pouvons faire disparaître à notre gré les troubles somatiques et psychiques que nous créons ainsi.

4° Le sujet est dans un *état second*. Il oublie en effet au réveil ce qui s'est passé; il a vécu pendant qu'il était hypnotisé d'une deuxième existence psychique, dont il perd le souvenir quand il revient à son état normal.

Toutefois la malade exécute quand elle est réveillée les ordres donnés pendant le sommeil hypnotique et conserve plus ou moins longtemps les idées et les images que la suggestion a fait pénétrer dans son esprit.

Telle est la forme type.

Chacun des caractères qui lui appartiennent peut perdre de sa netteté ou même s'effacer complètement; de là des formes frustes dont on peut multiplier à volonté les va-

riétés. Parmi les caractères que nous venons de mentionner, tous n'ont pas la même importance. Nous allons voir quels sont ceux dont la présence est indispensable et sans lesquels, d'après nous, la réalité de l'hypnotisme ne peut être affirmée.

Nous venons de voir que dans l'hypnotisme parfait le malade est dans un état second. Mais dans les formes frustes le sujet peut conserver au réveil un souvenir plus ou moins complet de ce qui a été dit et fait pendant qu'il était endormi. L'oubli au réveil est un caractère qui peut faire défaut et dont on ne doit pas exiger la présence pour admettre la réalité de l'hypnotisme. Toutefois il faut remarquer qu'en pareil cas, les autres caractères sont aussi le plus souvent moins accentués.

La spontanéité de l'individu est amoindrie, avons-nous dit. Le sujet que je vous ai présenté semblait inerte et passif. Il n'en est pas toujours ainsi; quelques somnambules hypnotiques sont vifs et actifs. Néanmoins il existe dans tous les cas une diminution plus ou moins marquée de la spontanéité. De plus, dans l'hypnose légitime le sujet ne crée pas de ses propres forces de délire ni d'hallucinations; c'est là un caractère négatif essentiel, connexe au précédent.

L'exaltation de la suggestibilité constitue le caractère fondamental de l'hypnotisme.

Mais il ne faut pas croire que les hypnotiques soient, comme on l'a dit, à la merci la plus complète de l'expérimentateur. Les grands hypnotiques eux-mêmes ne sont pas toujours d'une docilité parfaite, surtout quand on veut les contraindre à des actes qui leur répugnent. Le degré de suggestibilité varie du reste notablement suivant les sujets auxquels on a affaire. Il en est qui se révoltent quand on leur donne un ordre qui leur semble contraire à leurs principes, ou qui se refusent de se soumettre aux injonctions qui ne sont pas à leur convenance. Certains sujets, tout en paraissant plus crédules qu'à l'état de veille, n'acceptent pas les idées qu'on cherche à leur suggérer, si elles sont en désaccord trop grand avec ce que le bon sens indique. Enfin tous les hypnotiques sont loin d'être susceptibles d'avoir, aussi facilement que le sujet type, des hallucinations sensorielles sous l'influence de la suggestion.

Il y a à ce point de vue une série de cas intermédiaires entre l'état d'hypnotisme parfait et l'état de veille.

Néanmoins il me paraît essentiel d'indiquer avec pré-

cision la limite que devra atteindre l'exaltation de la suggestibilité pour qu'il soit légitime d'admettre que l'individu en observation est hypnotisé.

Il me semble aussi qu'il est capital de chercher comme indice de cette exaltation un caractère dont il soit possible de démontrer scientifiquement la réalité. Cela m'amène à aborder l'étude des phénomènes somatiques.

Les contractures et la plasticité cataleptique en particulier ont une importance fondamentale en raison même des doutes qu'il convient d'avoir bien souvent sur la sincérité des sujets en expérience. MM. Charcot et Richer ont en effet démontré, à l'aide de méthodes graphiques, que ces phénomènes ne pouvaient être simulés, tandis qu'il est très difficile, sinon impossible, d'établir avec une rigueur scientifique la réalité des troubles psychiques dont nous venons de parler.

Les paralysies flasques et les anesthésies présentent, au point de vue de l'absence de simulation, une garantie moins complète. Ils sont intermédiaires à cet égard entre les contractures et la catalepsie et les phénomènes psychiques. Comme ces derniers, ils sont subjectifs jusqu'à un certain point. Quand un sujet, dont je traverse les téguments avec une aiguille, ou sur les membres duquel j'exerce une pression énergique, me dit qu'il n'éprouve aucune sensation, la réalité de ce trouble n'apparaît pas à mon esprit avec autant d'évidence que lorsqu'il s'agit d'une contracture ; dans le premier cas je suis obligé d'ajouter foi à la parole du malade, dans le second je puis m'en dispenser. Toutefois, lorsqu'une anesthésie est bien marquée, il est possible de l'objectiver en quelque sorte d'une façon indirecte ; en voici un moyen. Le sujet en expérience prétend par exemple que sa peau est tout à fait insensible ; j'applique alors à l'improviste sur son dos un fragment de glace et j'observe en même temps le malade avec attention. S'il reste impassible et si sa physionomie ne semble pas dénoter qu'il ait perçu cette impression brusque, j'ai là une preuve presque matérielle de sa sincérité. Il est possible aussi de s'assurer par des moyens détournés de la réalité d'une paralysie flasque d'origine psychique.

Ainsi donc les caractères somatiques ont une valeur capitale, car ils mettent l'expérimentateur à l'abri de la supercherie, et quand on peut les faire apparaître et disparaître par suggestion, on est en droit d'affirmer que

la suggestibilité du sujet en observation est exaltée.

Je ne crois pas pourtant qu'il faille exiger pour admettre qu'un sujet est hypnotisé la réunion de tous les phénomènes somatiques que nous avons énumérés ; l'existence de deux ou trois d'entre eux, ou d'un seul même, pourvu qu'il soit bien caractérisé, me paraît suffire.

Est-ce à dire pour cela que je n'accorde aucune importance aux manifestations psychiques que je vous ai exposées plus haut et que les phénomènes somatiques soient, selon moi, les seuls dont il faille tenir compte ? En aucune façon. J'observerais, par exemple, un malade chez lequel je pourrais développer par suggestion des hallucinations sensorielles, comme dans les cas types, mais qui ne serait pas susceptible de présenter de manifestations somatiques ; si en pareille circonstance, j'avais toutes les raisons morales de croire à la sincérité du sujet en question, j'admettrais volontiers que j'ai affaire là à de l'hypnotisme. Il ne faut pas en effet exagérer le rôle de la simulation et voir partout des simulateurs. Mais encore une fois en pareil cas la preuve rigoureuse ferait défaut et je n'aurais tout au plus que de grandes probabilités.

Du reste, l'observation me semble montrer que, dans la hiérarchie des troubles que la suggestion peut provoquer, les phénomènes somatiques, sauf peut-être la catalepsie qui est plus rare, occupent le rang le moins élevé. C'est ainsi qu'il sera généralement bien plus facile de développer par suggestion une anesthésie ou une contracture que de faire accepter une idée en désaccord avec la logique élémentaire ou de provoquer une hallucination sensorielle.

Quand les manifestations somatiques font défaut, on se trouve donc dans l'une ou l'autre des deux situations suivantes : *a.* ou bien, et c'est ce qui a lieu le plus généralement, les phénomènes psychiques eux-mêmes sont vagues ; le sujet est tout simplement dans un état de torpeur qui peut à la rigueur être considéré comme de l'hypnotisme à l'état naissant, mais qui peut aussi être assimilé à cet état d'obnubilation plus ou moins prononcée qui précède le sommeil naturel, ou bien encore être mis sur le compte de la simulation. Rien n'autorise à dire en pareil cas que le sujet est hypnotisé. *b.* Ou bien, ces cas du reste sont exceptionnels, les phénomènes psychiques sont très nets. Sans avoir le droit de rejeter catégoriquement la réalité de l'hypnotisme, il convient

de rester dans le doute, surtout lorsqu'il s'agit d'une expertise médico-légale.

Il me paraît donc légitime, sous le bénéfice des remarques précédentes, d'exiger pour admettre qu'un sujet est hypnotisé qu'il soit possible de faire apparaître chez lui par suggestion tout au moins un des phénomènes somatiques sus-énumérés et de le faire disparaître ensuite par le même procédé (1).

On aura ainsi à la fois une preuve de l'absence de la simulation et un criterium de l'exaltation de la suggestibilité qui constitue le caractère capital de l'hypnotisme.

Je vais vous présenter maintenant deux malades que vous pourrez comparer au sujet type et chez lesquels l'hypnotisme existe à l'état fruste.

Voici une jeune fille, la nommée S... dont j'aurai l'occasion de vous parler plus tard. Je l'endors par la pression oculaire. Dans cet état elle ne peut ouvrir les yeux, elle reste inerte, sans bouger, sans parler ; par suggestion il est possible de provoquer des contractures, des paralysies flasques et des anesthésies et de les faire disparaître ensuite ; je n'ai pas pu faire apparaître la plasticité cataleptique ; la malade est tout à fait rebelle aux tentatives que l'on fait pour développer des troubles psychiques, des hallucinations sensorielles, et paraît conserver tout son bon sens quand elle est hypnotisée ; enfin, à son réveil, elle ne se rappelle qu'en partie ce qui s'est passé pendant l'hypnose.

Quant au second malade que vous voyez ici, le nommé A...., dont j'aurai aussi à vous entretenir dans quelques instants, je l'endors par la fixation du regard. Ses yeux sont fermés et il est incapable de les ouvrir ; il garde le silence quand on ne lui pose pas de questions, mais dès qu'on l'interpelle il répond avec facilité et peut soutenir une conversation comme à l'état normal ; les troubles psychiques font complètement défaut et à cet égard sa suggestibilité ne semble pas du tout exaltée ; mais il est possible de provoquer par suggestion une contracture

(1) Dans mon mémoire sur *Le grand et le petit hypnotisme* la part faite à l'hypnotisme sans caractères somatiques peut paraître plus grande. Ce n'est pas toutefois que mon opinion se soit modifiée à cet égard. La différence tient à ce que, dans ce travail, les contractures et la plasticité cataleptique sont les seuls phénomènes somatiques dont j'aie tenu compte, tandis qu'il me semble aujourd'hui préférable d'y adjoindre, comme on l'a vu, les anesthésies et les paralysies flasques.

qu'il gardera au réveil si l'on n'a pas soin de la faire disparaître pendant l'hypnose ; on peut aussi développer chez lui une paralysie flasque, mais il est extrêmement difficile de le rendre anesthésique ; enfin à son réveil le malade se rappelle parfaitement dans ses moindres détails tout ce qui s'est passé.

Vous avez pu observer ainsi l'hypnotisme à son état le plus parfait chez le premier sujet, dans sa forme la plus dégradée chez ce dernier malade, et dans un état intermédiaire chez la jeune fille précédente.

Si vous admettez cette façon de concevoir l'hypnotisme, si vous acceptez le criterium que je vous propose, vous ne serez pas exposés à être induits en erreur et vous ne confondrez pas l'hypnotisme avec les états psychiques voisins qui en sont plus ou moins rapprochés, le sommeil naturel, le noctambulisme, le somnambulisme épileptique, le sommeil hystérique, le somnambulisme hystérique.

Je puis vous présenter un spécimen de cette dernière variété de somnambulisme, que M. Charcot vous a déjà fait voir dans une de ses dernières leçons (1).

Il s'agit d'un malade présentant au complet les stigmates de l'hystérie et chez lequel on provoque au bout de quelques secondes, par la fixation du regard, l'apparition des phénomènes suivants : Il ferme les yeux, se renverse brusquement en arrière, raidit ses membres, exécute plusieurs grands mouvements en arc de cercle, caractéristiques de l'attaque hystérique ; puis il ouvre les yeux, ses membres deviennent souples comme à l'état normal, il est pris de délire et a des hallucinations qui se développent spontanément.

Un observateur inattentif pourrait penser qu'on a affaire à de l'hypnotisme, parce que les troubles nerveux en question apparaissent sous l'influence de manœuvres semblables à celles qu'on emploie pour provoquer le sommeil hypnotique. Il s'agit pourtant bien d'une attaque hystérique, ainsi que le prouvent les grands mouvements en arc de cercle, le délire qui n'appartient pas à l'hypnotisme, l'impossibilité dans laquelle on se trouve de suggestionner à son gré le malade qui est tout entier à ses propres rêves.

(1) Voir à ce sujet : *Progrès médical*, 1891, nos 20 et suivants. Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes, par G. Guinon d'après les leçons du prof. Charcot.

Remarquez toutefois que si je persevère longtemps dans mon injonction il finit par céder, mais il ne le fait que dans une certaine mesure, en mettant toujours en évidence sa spontanéité. Je lui montre par exemple une feuille de papier blanc et lui dis que c'est un dessin représentant un cheval modèle, d'une beauté parfaite. Il ne me répond pas d'abord et semble étranger à ce que je lui dis ; j'insiste, il m'écoute alors, mais conteste absolument l'exactitude de mes paroles ; j'insiste encore et il finit, si j'y mets de la persévérance, par admettre l'existence d'un dessin sur la feuille que je lui montre, mais il ajoute: « Cela, un beau cheval, allons donc ! c'est une bête de l'apocalypse. » S'il accepte complètement mon affirmation, celle-ci ne sera en tout cas que le sujet d'un thème qu'il développera. « Cela un beau cheval, dit-il, oui, c'est un cheval noir; nous sommes donc à la revue? vive le général ! etc., etc. » Si je cherche à provoquer dans cet état une contracture par suggestion, je puis parfois y arriver, mais je ne la supprimerai pas ensuite à ma guise, et en définitive je ne suis pas maître des phénomènes somatiques et psychiques que ma suggestion a engendrés.

Les phénomènes qui appartiennent au somnambulisme prédominent donc et l'on peut dire tout au plus que les propriétés hypnotiques existent en germe.

Ajoutons que lorsque le malade est revenu à son état normal, il a complètement perdu le souvenir de ce qui s'est passé dans l'accès de somnambulisme.

*
* *

Il est temps de rapprocher l'hystérie de l'hypnotisme et de chercher s'il existe des liens entre ces deux états.

Les médecins qui prétendent que l'hypnotisme est un état physiologique se contentent de noter que beaucoup de sujets hypnotisables n'ont jamais présenté dans leurs antécédents d'accidents hystériques.

Sans parler ici des erreurs de diagnostic qui ont été trop souvent commises à cet égard, j'y reviendrai rai plus tard, je dois faire remarquer que l'absence de tout stigmate hystérique ne permet pas de rejeter l'existence de la diathèse hystérique, qui peut exister à l'état latent.

Il me semble plus logique pour arriver à se faire une opinion à ce sujet de passer en revue les différents carac-

tères de l'hypnotisme et de voir s'ils ont des analogies avec ceux qui appartiennent à l'hystérie.

1° Occupons-nous d'abord des caractères somatiques, les anesthésies, les paralysies flasques, les contractures, la catalepsie.

Ces phénomènes, en raison même de notre conception de l'hypnotisme, existent toujours, au moins en partie, chez les hypnotiques. Ils constituent, d'autre part, les manifestations les plus communes de l'hystérie.

Or dans ces deux états ils sont identiques au point de vue de leur aspect symptomatique. Je ne parle pas seulement des malades qui avant d'avoir été hypnotisés avaient déjà présenté des manifestations hystériques, car on pourrait dire dans ces cas que l'hypnotisme n'a fait que réveiller des troubles anciens ; mon assertion s'applique aussi à ceux qui avant d'avoir été endormis n'avaient jamais été atteints d'accidents hystériques.

Ces phénomènes se ressemblent aussi en ce qui concerne leur évolution, puisque de part et d'autre des influences psychiques peuvent les faire apparaître et disparaître.

2° L'exaltation de la suggestibilité, caractère fondamental de l'hypnotisme, appartient aussi, comme nous l'avons vu, à l'hystérie.

Ne savez-vous pas que M. Charcot, dans ses leçons (1), a montré par une analyse rigoureuse des faits et par l'expérimentation sur les hypnotiques, que les paralysies hystéro-traumatiques sont identiques à celles qu'on peut faire apparaître chez les sujets hypnotisés et que de part et d'autre la suggestion constitue le mécanisme de leur développement?

3° Les somnambules hypnotiques sont parfois plongés dans un état psychique second. Or vous venez de voir que les somnambules hystériques peuvent se trouver dans une situation semblable.

Ces différents caractères sur lesquels j'ai insisté dans toute cette conférence établissent une relation intime entre l'hypnotisme et l'hystérie. Mais je puis encore vous fournir d'autres preuves qui résultent de quelques observations dont je ne vous ai pas encore parlé.

4° Voici un argument d'ordre chimique : d'après MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau, l'état hypnotique influence les excreta urinaires de 24 heures de la

(1) Voir : Œuvres complètes de M. Charcot, t. III, p. 331 et suiv.

même façon que l'attaque hystérique; de part et d'autre on observe une diminution de volume de l'urine, un abaissement du taux de tous les excreta urinaires, résidu fixe, urée, phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers (1).

5° L'influence thérapeutique de l'hypnotisme s'exerce d'une façon prédominante sur les troubles qui relèvent de l'hystérie. Je chercherai du reste dans la seconde partie de cette leçon à justifier cette assertion.

6° Il existe entre l'hypnotisme et les manifestations hystériques un balancement analogue à celui qu'on peut observer entre les divers accidents qui dépendent de l'hystérie.

Les crises convulsives diminuent bien souvent d'intensité et de fréquence quand on hypnotise les malades dans un but purement expérimental, alors même qu'on s'abstient de faire de la suggestion curative pendant le sommeil hypnotique.

J'ai eu aussi à plusieurs reprises l'occasion d'observer chez des sujets, habituellement très faciles à hypnotiser, la disparition complète de cette aptitude lorsque quelque nouveau syndrome hystérique venait à se manifester. Voici par exemple une malade qui en temps ordinaire peut être hypnotisée en quelques secondes ; un jour se développe chez elle une chorée rhythmée, je cherche à l'endormir pour la débarrasser de cet accident, mais je ne puis y arriver malgré toute mon insistance ; cette chorée disparaît quatre jours après son début et la malade redevient aussitôt hypnotisable comme par le passé.

L'hypnotisme paraît ainsi jouer le rôle d'équivalent relativement à certains syndromes hystériques.

7° Enfin une attaque hypnotique, passez-moi cette expression, s'enchevêtre parfois avec une attaque hystérique. Je vous ai présenté tout à l'heure un malade, qui, sous l'influence de la fixation d'un objet, pouvait être plongé dans une crise de somnambulisme hystérique ; je vous ai fait voir aussi que les propriétés hypnotiques existaient en même temps chez lui en germe.

Or j'ai pu arriver à rendre ces propriétés prédominantes et à masquer les caractères qui appartiennent au somnambulisme. Voici comment j'ai procédé : J'ai montré au malade un sujet hypnotisé en lui disant que je l'endormirai de la même façon en le regardant fixement

(1) Voir *Progrès médical*, 1890, v. I, p. 332 et 333.

dans les yeux, qu'il pourra par un effort de volonté réprimer les grands mouvements qu'il exécute et qu'il obéira à mes injonctions.

Je l'hypnotise et vous voyez que le malade présente maintenant un tout autre aspect que précédemment. Il est docile et suggestionnable ; on peut faire apparaître chez lui par suggestion des hallucinations sensorielles, des anesthésies, des contractures et les faire disparaître aussitôt après. Il n'a pas exécuté de contorsions et n'a pas de délire. Néanmoins, si je l'abandonne quelque temps à lui-même, on remarque qu'il commence à s'agiter, à murmurer quelques paroles et un délire spontané se développe de nouveau. Dans ce cas, contrairement à ce que vous avez vu au début, l'hypnotisme occupe la première place du tableau, mais le somnambulisme hystérique, quoique masqué, est encore présent.

On peut ainsi, à volonté, mettre en évidence soit les phénomènes qui sont du domaine de l'hystérie, soit ceux qui appartiennent à l'hypnotisme ; mais en définitive ces deux ordres de manifestations sont associés les uns aux autres.

Pour toutes ces raisons, il me paraît impossible de ne pas voir entre l'hypnotisme et l'hystérie une parenté étroite et l'on serait presque en droit de soutenir que l'hypnotisme est une manifestation de l'hystérie.

*
* *

Toutefois les idées que je viens de vous exposer ne sont pas acceptées par tous les médecins.

M. Bernheim, que je prendrai à partie parce qu'il est le chef de l'École adverse, affirme que l'hystérie n'a rien à faire avec l'hypnotisme qui est une propriété physiologique.

L'hypnotisme serait en quelque sorte une fonction de l'homme qui pourrait alors, suivant une remarque humoristique de M. Charcot, être défini : un animal raisonnable et hypnotisable.

M. Bernheim a publié deux grands ouvrages sur la matière : le premier, intitulé « *De la Suggestion et de ses applications à la thérapeutique* », le deuxième « *Hypnotisme, Suggestion et Psychothérapie* ». Je dois dire que la lecture attentive de ces deux livres n'a pas modifié ma manière de voir et je soutiendrais même volontiers que j'y ai trouvé des matériaux propres à fortifier les idées que je défends.

Mais, messieurs, n'est-ce pas pour vous un sujet d'étonnement qu'il puisse exister au sujet de ces questions un antagonisme de vues aussi profond? Comment peut-il se faire que ce qui semble blanc à Paris paraisse noir à Nancy?

Il y a lieu de se demander s'il n'y a pas quelque malentendu initial d'où dérive ce désaccord. Eh bien, il n'est pas difficile, lorsqu'on a lu les ouvrages dont je viens de vous parler, de déterminer la cause de ce différend.

Comme je vous le faisais remarquer au début de cette leçon, il est indispensable, pour discuter sur les rapports entre l'hypnotisme et l'hystérie, d'être au préalable fixé d'une façon précise sur la signification de chacun de ces termes.

Vous connaissez nos idées à cet égard. Examinons maintenant celles de M. Bernheim et voyons d'abord quelle est sa façon de concevoir l'hystérie. Vous pouvez en juger dans une certaine mesure par quelques citations.

« Il ne faudrait pas croire, écrit M. Bernheim, que les « sujets impressionnés soient tous des névropathes, des « cerveaux faibles, des hystériques, des femmes; la « plupart de mes observations se rapportent à des « hommes que j'ai choisis à dessein pour répondre à cette « objection. » (*De la Suggestion*, p. 6.)

Cette phrase est très nette, dépourvue de toute ambiguïté et signifie que pour Bernheim l'homme ne peut être hystérique. Or est-il utile de vous rappeler que depuis les travaux de M. Charcot l'existence de l'hystérie masculine est définitivement établie, que cette opinion est actuellement adoptée par tous les médecins de France et de l'étranger, qu'elle est devenue absolument classique et qu'il semble même résulter de plusieurs statistiques que l'hystérie soit plus fréquente chez l'homme que chez la femme?

L'argument fondamental sur lequel M. Bernheim appuie sa thèse n'a donc aucune valeur.

Ce passage, que j'ai extrait de l'ouvrage sur la suggestion, figurait dans l'édition de 1886. Or déjà à cette époque les premières leçons de M. Charcot sur l'hystérie masculine avaient paru; mais, en définitive, c'était là encore une donnée toute nouvelle et l'on peut comprendre à la rigueur que le professeur de Nancy n'ait pas eu à ce moment connaissance des travaux de la Salpêtrière.

Mais ce qu'il y a de tout à fait inconcevable, c'est que ce passage ait été conservé dans l'édition *corrigée et augmentée de 1891*, ou tout au moins n'ait pas été l'occasion d'une note additionnelle, dans laquelle l'auteur aurait reconnu son erreur ancienne.

Il est vrai que parmi les observations nouvelles qu'il a publiées dans cette 2e édition et dans son livre sur la *Psychothérapie*, il en est quelques-unes qui se rapportent, d'après son diagnostic même, à de l'hystérie masculine. Mais alors il y a entre les diverses parties de ces ouvrages une contradiction flagrante et il serait intéressant que M. Bernheim s'expliquât à cet égard.

Poursuivons. Voici une observation qui se trouve à la page 532 du livre sur la *Suggestion* :

« *Paralysie rhumatismale de l'avant-bras et de la main droite. Restauration totale de la sensibilité et partielle de la motilité en une séance. Guérison totale en quatre séances.*

G... (Jean-Baptiste), quarante-neuf ans, terrassier, se trouvait au café le 21 juin 1884 à six heures du soir, quand il sentit tout à coup qu'il ne pouvait plus soulever la main droite : les doigts et le tiers inférieur de l'avant-bras étaient anesthésiés et présentaient une sensation d'engourdissement et de pesanteur. Il y a sept ans, il avait eu un rhumatisme articulaire localisé aux membres supérieurs; la douleur et le gonflement durèrent quatre jours, puis disparurent; mais les bras restèrent parésiés pendant six semaines. G... n'accuse aucun antécédent, ni syphilitique, ni alcoolique; il travaille dans l'humidité. Diagnostic : *paralysie rhumatismale.*

Il vint à la consultation de l'hôpital pendant quatre jours; son bras fut électrisé sans résultat. Il vint alors consulter mon ancien chef de clinique, le Dr Emile Lévy, qui constata une *paralysie complète avec anesthésie du membre;* le malade ne pouvait faire le moindre mouvement. Il l'hypnotisa (sommeil profond). A son réveil *la sensibilité était restaurée et le malade pouvait relever la main*, etc., etc. »

Il s'agit, comme vous le voyez, d'une monoplégie brachiale complète avec anesthésie qui s'est développée brusquement et a disparu après 4 séances d'hypnotisme. M. Bernheim porte le diagnostic singulier de paralysie rhumatismale et ne discute même pas celui de monoplégie hystérique, que, pour ma part, je n'hésiterais pas à admettre.

Voici une autre observation que vous trouverez à la page 445 de l'ouvrage sur la *Psychothérapie*, dont j'extrais les passages suivants :

« *Pneumonie infectieuse avec otite externe. Myélite infec-*

tieuse dorso-lombaire. Amélioration instantanée par la suggestion. Guérison rapide.

J'essaie de mettre l'enfant debout ; il ne peut se tenir seul. Lorsqu'on le soutient, il se tient le corps incliné fortement en arrière ; si on veut le faire marcher, en le tenant par les deux mains pour qu'il ne tombe pas, il avance en laissant glisser ses pieds sur le sol, sans faire aucun mouvement articulaire ; malgré toutes mes instances, il ne peut se tenir seul, ni détacher les pieds du sol. Je le fais coucher dans son lit : je constate qu'il exécute tous les mouvements, étant couché ; il n'y a pas de raideur ; mais les réflexes tendineux du pied et du genou sont exagérés, surtout ceux du pied ; en soulevant la pointe des pieds, il se produit une trépidation réflexe qui continue indéfiniment. La sensibilité est normale. L'enfant n'a aucun vertige.

Diagnostic : Pneumonie du sommet gauche en défervescence. Myélite infectieuse dorso-lombaire diffuse dans les faisceaux pyramidaux, ou myélite transverse partielle avec irritation descendante des faisceaux pyramidaux. »

Ajoutons qu'il n'y a pas eu de troubles trophiques, pas de troubles vésicaux ou rectaux, et que la trépidation réflexe a disparu complètement en même temps que la paralysie, environ 15 jours après l'entrée du malade à l'hôpital.

En présence d'un pareil tableau symptomatique, il me semble au moins téméraire de porter le diagnostic de myélite infectieuse. L'hypothèse d'astasie d'origine hystérique (1), bien plus vraisemblable et méritant en tout cas une discussion sérieuse, ne paraît même pas s'être présentée à l'esprit de M. Bernheim.

J'avoue qu'il m'a été impossible de dégager des deux ouvrages de M. Bernheim l'idée qu'il se fait au juste de l'hystérie, mais en tout cas les passages précités suffisent à établir que sa façon de concevoir l'hystérie diffère totalement de la nôtre.

Passons maintenant au deuxième terme de la relation, à l'hypnotisme. Vous avez vu en quoi consistent d'après nous les phénomènes hypnotiques. Voyons ce qu'on en pense à Nancy. Voici la définition qu'en donne M. Bernheim :

« Etat psychique particulier, susceptible d'être provoqué, qui met en activité ou exalte à des degrés divers la suggestibilité, c'est-à-dire l'aptitude à être influencée

(1) Voir : *Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie*, par Blocq, *Arch. de neurol.*, nos 43 et 44.

par une idée acceptée par le cerveau et à la réaliser. » (*Psychothérapie*, p. 76.)

« Cette conception nouvelle, que je propose de l'influence hypnotique, dit encore M. Bernheim, cette définition plus large attribuée au mot hypnose, permet de faire rentrer dans le même cadre de phénomènes toutes les pratiques diverses qui, agissant sur l'imagination, créent avec ou sans sommeil l'état psychique de suggestibilité exaltée. » (*De la Suggestion*, p. 23.)

Cette définition est en effet extrêmement large, mais je ne vois pas comment elle peut permettre de distinguer l'état de veille de l'état hypnotique.

La suggestibilité serait « l'aptitude à être influencé par une idée acceptée par le cerveau et à la réaliser. » Mais à ce compte tout homme raisonnable est suggestionnable : à qui n'est-il arrivé de se laisser influencer par une idée émise devant lui et d'en tirer profit ?

L'hypnose serait tout simplement un état dans lequel cette aptitude serait exaltée. L'état de veille ne se distinguerait donc de l'état hypnotique que par le degré de suggestibilité ! Mais quelle est la ligne de démarcation ?

L'exaltation de la suggestibilité est aussi pour nous un des caractères de l'hypnotisme, mais nous avons eu soin d'indiquer un criterium de cette exaltation.

Si l'on accepte la définition de M. Bernheim, l'hypnotisme peut être considéré à bon droit comme une propriété physiologique de l'homme, mais dans ce cas l'introduction de ce mot dans le vocabulaire médical n'a pas sa raison d'être. Il suffirait de dire que tout homme est susceptible de suivre les conseils qu'on lui donne et que les malades en particulier sont souvent disposés, fort heureusement pour eux, à ajouter foi aux paroles encourageantes du médecin, ce qui est vrai, mais n'est pas nouveau. Définir l'hypnotisme d'une façon aussi large ou plutôt aussi vague revient presque à contester l'existence de cet état psychique spécial.

Pour M. Bernheim le sommeil hypnotique ne diffère pas du sommeil naturel ; d'après lui les phénomènes de suggestibilité qu'on observe dans l'hypnotisme peuvent être obtenus dans le sommeil naturel « lorsqu'on réussit « à se mettre en rapport avec une personne endormie sans « la réveiller ».

Fort bien, mais pour établir l'identité des deux sommeils il faudrait au moins démontrer que dans les deux cas il est aussi facile de se mettre en rapport avec le dor-

meur. Si au contraire, dans le sommeil naturel, ce résultat ne peut être obtenu qu'exceptionnellement, il me paraît plus logique de dire qu'on transforme alors le sommeil naturel en sommeil hypnotique.

Si M. Bernheim, en soutenant que l'hypnotisme est un état physiologique, voulait dire tout simplement que les propriétés hypnotiques existent peut-être en germe chez un grand nombre d'individus indemnes de toute tare névropathique, je ne protesterais pas contre cette opinion, car en définitive les phénomènes pathologiques ne sont bien souvent que l'exagération de phénomènes physiologiques. Mais est-ce là une raison pour soutenir que l'hypnotisme bien constitué n'est pas un état morbide?

Autant dire que la pathologie n'existe pas. Prétendra-t-on par exemple que l'onomatomanie n'est pas une maladie, parce qu'il arrive à tout homme normal de poursuivre avec entêtement et d'une façon presque impulsive la recherche d'un mot, d'un nom propre qui lui échappe, ou d être obsédé temporairement par une mélodie?

Ainsi donc d'une part nos contradicteurs ont sur l'hypnotisme des notions inexactes et beaucoup trop étroites ; d'autre part, ils élargissent arbitrairement les limites de l'hypnotisme en en donnant une définition qui manque de précision. Il est donc tout naturel qu'ils soient arrivés à se former sur les relations qui existent entre ces deux états une opinion toute différente de celle que nous avons formulée.

*
* *

Messieurs, je prévois la réponse que feraient à cette dissertation les adversaires des idées que je viens d'exposer si je m'en tenais là.

Peu nous importe, après tout, diraient-ils, que notre conception de l'hystérie soit plus ou moins juste, que nos définitions soient plus ou moins exactes, il n'en est pas moins vrai que nous obtenons par nos pratiques des cures merveilleuses, car nous améliorons ainsi et nous guérissons les maladies les plus diverses ; nos doctrines, contrairement aux vôtres, sont fécondes ; en thérapeutique nous sommes les maîtres, et c'est là notre principale ambition.

Eh bien, ces prétentions, qui ont été réellement formulées, ne reposent pas, ainsi que je chercherai à vous le démontrer, sur des bases bien solides.

Permettez-moi d'abord de vous exposer mon opinion

sur le rôle thérapeutique de l'hypnotisme. Mon intention n'est pas du reste d'étudier cette question dans tous ses détails et de passer en revue tous les cas particuliers dans lesquels le sommeil hypnotique peut être utilisé; je dois me contenter de vous donner à cet égard des indications générales.

Je vous ai déjà dit au début de cette leçon que, suivant les doctrines de la Salpêtrière, l'hypnotisme ne pouvait guère servir d'agent curatif que dans l'hystérie. On peut en tout cas affirmer, selon moi, que la plupart des affections qui ont été guéries par cette méthode relèvent de cette névrose. L'hypnotisme peut donc servir au traitement des manifestations hystériques, on doit le reconnaître, mais il faut avouer aussi que même dans les affections de cette espèce les pratiques hypnotiques ne donnent pas toujours des résultats brillants. Il y a lieu de grouper à ce point de vue les hystériques en plusieurs catégories et il faut tout d'abord établir deux classes bien distinctes :

1° A la première classe appartiennent les hystériques qui ne sont pas susceptibles d'être hypnotisés, et leur nombre est grand, quoi qu'on en dise, si l'on exige pour admettre la réalité de l'hypnotisme le criterium que nous avons indiqué. On échoue en effet bien souvent dans les tentatives d'hypnotisation, quelle que soit la patience qu'on y mette, quel que soit le procédé dont on se serve.

On me répondra peut-être que dans les cas de ce genre on peut agir d'une manière efficace au moyen de la suggestion à l'état de veille. Fort bien, et je suis loin d'en disconvenir, mais alors l'hypnotisme n'est plus en cause. Cette expression : *suggestion à l'état de veille*, est de date récente, il est vrai, mais elle ne correspond pas à une notion nouvelle; elle sert à désigner une pratique très ancienne dont la médecine a su depuis longtemps tirer parti. N'est-ce pas exclusivement pour agir sur l'imagination des malades, ou en d'autres termes pour les suggestionner, qu'on prescrivait, bien avant qu'il ne fût question d'hypnotisme, des potions à l'eau distillée et des pilules fulminantes? Tous les médecins savent parfaitement que l'électrothérapie et l'hydrothérapie, en dehors de leur influence spéciale, exercent aussi une action suggestive à laquelle on doit attribuer la plupart des cures rapides ou instantanées qu'on obtient parfois à l'aide de ces moyens. N'est-ce pas aussi pour prendre

plus d'autorité sur le malade, pour s'emparer plus facilement de son esprit et lui donner une orientation nouvelle, pour mieux le suggestionner en un mot, que M. Charcot a préconisé de tout temps l'isolement dans le traitement de l'hystérie ? La suggestion à l'état de veille est une excellente méthode, mais encore une fois elle ne doit pas être confondue avec l'hypnotisme.

Ainsi donc l'hypnotisme n'est pas applicable à tous les cas d'hystérie, parce que tous les hystériques ne sont pas susceptibles d'être plongés dans le sommeil hypnotique.

2° Les sujets qui font partie de la seconde classe sont ceux qui peuvent être hypnotisés. Ce groupe se compose d'éléments disparates si l'on envisage particulièrement les résultats thérapeutiques que l'on peut obtenir ; ceux-ci, en effet, sont nuls ou très remarquables et entre ces deux extrêmes il existe toute une série de cas intermédiaires. Les différences tiennent soit au degré d'intensité de l'hypnose, soit à la variété de l'affection dont il s'agit, soit à sa durée, soit enfin à des circonstances individuelles dont on ne peut déterminer la cause. Il est donc indispensable de diviser à ce point de vue la classe des hystériques hypnotisables en plusieurs variétés :

a. Parfois l'hypnotisme n'amène aucune amélioration.

Il s'agit, par exemple, d'un sujet qui a des attaques convulsives ; on l'endort et on lui affirme que les crises seront moins fortes, moins fréquentes et disparaîtront même complètement. Le malade paraît docile, confiant dans la parole du médecin, persuadé que les choses se passeront comme on le lui annonce, et néanmoins les crises se renouvellent ensuite, comme par le passé. Ou bien encore on a affaire à un individu qui ressent des douleurs violentes, qui est affecté soit d'une arthralgie hystérique, soit d'une hyperesthésie cutanée ; on cherche pendant le sommeil hypnotique à le convaincre que la sensation douloureuse est moins intense et on emploie dans ce but la suggestion sous ses formes les plus variées ; peine perdue, le malade est rebelle à la suggestion thérapeutique.

Je ne veux pas soutenir que les attaques et les phénomènes douloureux qui dépendent de l'hystérie soient toujours réfractaires à la suggestion hypnotique ; mais j'ai choisi ces deux exemples parce que, si j'en juge par

mon expérience, les insuccès sont relativement plus fréquents dans les accidents de ce genre.

b. Dans certains cas on obtient, il est vrai, une amélioration, mais elle est très limitée. Voici en quelques mots une observation de cet ordre relative à une malade que j'ai soignée sous la direction de mon maître M. Charcot.

Jeune fille de 22 ans; depuis six ans contracture du membre supérieur gauche et des deux membres inférieurs; anesthésie cutanée généralisée à toute l'étendue des téguments; douleur permanente dans la région ovarienne gauche, mais subissant des exacerbations très vives lorsqu'on cherche à modifier l'attitude anormale dans laquelle se trouvent les membres inférieurs; rétrécissement double et concentrique du champ visuel; abolition du goût et de l'odorat; crises convulsives annoncées par une sensation de constriction dans la gorge et caractérisées par des contorsions des membres et de grands mouvements.

Il a été possible dans ce cas d'obtenir à la longue par la suggestion hypnotique une disparition de la contracture du membre supérieur, mais la contracture des membres inférieurs n'a pu être modifiée et toutes les tentatives faites dans ce sens provoquaient, comme à l'état de veille, une augmentation des douleurs ovariennes. J'ajouterai que la malade est aujourd'hui complètement rétablie, mais l'hypnotisme ne peut revendiquer dans ce cas qu'une faible part du succès.

c. Il arrive parfois que la suggestion hypnotique produit immédiatement une amélioration très grande et amène une disparition complète de l'affection en cause. Mais le résultat n'est brillant qu'en apparence, car il n'est pas durable, soit que l'accident se reproduise dès qu'on réveille le malade, soit que la guérison ne se maintienne que d'une façon provisoire.

Je vous présente une jeune fille chez laquelle existent des stigmates de l'hystérie et qui est hypnotisable; c'est même une grande hypnotique. Elle est atteinte depuis plusieurs mois d'une contracture du membre supérieur gauche qu'on peut faire disparaître par suggestion avec la plus grande facilité, mais qui reparaît le matin au réveil. Jusqu'à présent on n'a pu obtenir la guérison définitive et l'on est obligé d'hypnotiser la malade tous les jours.

Les récidives de ce genre me paraissent particulièrement fréquentes dans les cas de mutisme hystérique.

M. Charcot a eu récemment l'occasion d'observer une malade atteinte de cette affection que son médecin hypnotise depuis un an cinq ou six fois par jour, car elle ne conserve l'usage de la parole après le réveil que pendant deux heures environ.

d. Passons maintenant à un autre groupe de faits. Ici l'amélioration ne s'obtient que lentement et elle ne devient nettement appréciable qu'après plusieurs séances successives, mais elle a l'avantage de se maintenir et l'on arrive ainsi petit à petit à une guérison définitive. Voici une malade, la nommée S..., que je vous ai déjà présentée tout à l'heure, chez laquelle les phénomènes hypnotiques n'existent pas au complet, mais sont toutefois suffisamment caractérisés. Je vais vous résumer brièvement son histoire pathologique :

Jeune fille de 21 ans. Lorsque je l'ai vue pour la première fois il existait une paralysie des membres inférieur et supérieur gauches, les mouvements spontanés étaient complètement abolis, mais le bras était animé de mouvements rhythmiques involontaires qui ne s'arrêtaient que pendant le sommeil; il y avait de plus une hypéresthésie du côté gauche tellement accentuée qu'un simple frôlement, l'excitation la plus superficielle, celle qu'on peut produire par un souffle léger, provoquaient des douleurs extrêmement vives. La malade était dans cet état depuis 5 ans et les divers traitements qu'elle avait subis n'avaient amené aucune amélioration. J'ajoute que du côté de la face il n'y avait pas de trouble de la motilité, que la sensibilité générale était intacte, mais que le champ visuel était rétréci à gauche.

Telle était la situation il y a de cela 5 mois. Dès la première tentative la malade a pu être plongée dans le sommeil hypnotique. J'ai cherché alors à obtenir immédiatement une modification par la suggestion, mais je dois dire que je n'ai obtenu, en apparence du moins, aucun résultat ; toutefois la malade dit qu'elle s'est sentie un peu plus à l'aise dans le courant de la journée. J'ai répété la même opération plusieurs jours de suite et j'ai pu observer au bout d'une semaine une amélioration légère, mais très nette, qui, depuis, a toujours été en s'accentuant. J'ai pu obtenir ainsi petit à petit un résultat très sérieux, puisque depuis deux mois la malade peut se lever et qu'elle est capable maintenant de franchir, lentement et en boitant, il est vrai, une distance de plus de 200 mètres sans se reposer ; la malade peut aussi

ouvrir la main, fléchir l'avant-bras sur le bras et elle peut même soulever le bras ; toutefois ce dernier mouvement n'est possible que quand elle est hypnotisée; l'hyperesthésie a beaucoup diminué au membre inférieur ; elle est encore assez forte au membre supérieur. Il a donc fallu 5 mois pour en arriver là; la cure n'est pas encore achevée, mais en somme l'amélioration est très grande, les progrès se sont toujours maintenus et il y a tout lieu de supposer qu'on obtiendra, en persévérant, une guérison complète ; cela est d'autant plus probable que la malade se sent très heureuse de ce résultat, inespéré pour elle, et qu'elle est pleine de confiance.

Voici une autre observation, analogue à la précédente au point de vue du résultat thérapeutique, mais encore plus remarquable, car il s'agit d'une affection qui a duré sans discontinuité pendant une période de onze ans et qu'il a été possible d'obtenir une guérison absolue remontant aujourd'hui à plus de deux ans :

La nommée F..., pensionnaire de l'Orphelinat Rothschild, ressent à l'âge de onze ans, à la suite d'une chute sur le genou droit, des douleurs très vives dans la région affectée; il se développe une hydarthrose qui met l'enfant dans la nécessité de garder le repos. L'épanchement diminue petit à petit et finit par disparaître ; mais les douleurs persistent et s'étendent même à tout le membre inférieur ; elles prédominent au niveau de l'articulation du genou et de celle de la hanche.

L'affection, dont ne je puis rapporter ici l'histoire en détail, a présenté une intensité et une ténacité telles que la malade a été obligée de garder le lit pendant onze années consécutives; il lui a été pourtant possible à plusieurs reprises, après avoir eu le membre immobilisé dans un appareil, de marcher à l'aide de béquilles. Il y a de cela quelques années un chirurgien a pratiqué sur elle une élongation du nerf sciatique. Malgré les diverses modes de traitement mis en œuvre, la malade, arrivée à l'âge de 22 ans, se trouve dans une situation plus pénible que jamais; le membre inférieur est complètement contracturé, il est immobilisé dans l'attitude de la rotation en dedans et présente un raccourcissement apparent très marqué, ses muscles sont un peu atrophiés; les douleurs de la hanche et du genou sont extrêmement vives, la raideur s'étend aux muscles du tronc et la malade ne peut pas même se mettre sur son séant. Plusieurs chirurgiens consultés alors pensent qu'il existe du côté des jointures des lésions indélébiles et conseillent l'amputation du membre.

Mon maître, le Dr Périer, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, consulté à son tour, émet l'opinion qu'il s'agit là de

troubles nerveux et me fait l'honneur de me demander mon avis à cet égard. Les stigmates hystériques font presque totalement défaut. Toutefois la sensibilité au tact du membre inférieur gauche est plus obtuse que du côté opposé. Cette jeune fille est sujette à des crises convulsives avec grands mouvements en arc de cercle; de plus la chloroformisation amène la résolution complète de la contracture et montre que les articulations sont absolument libres.

Je porte le diagnostic de contracture et coxalgie hystériques.

M. Charcot veut bien, sur ma demande, recevoir la malade dans son service à la Salpêtrière.

Je cherche à plusieurs reprises à l'hypnotiser, mais je ne puis y parvenir. Je la soumets alors au traitement par le *Transfert*. Dès la première séance la malade ressent une légère amélioration qu'il m'est impossible d'apprécier, il est vrai. Après plusieurs séances le résultat devient apparent, car je constate que les orteils exécutent quelques mouvements. Il m'est impossible d'indiquer, jour par jour, les modifications qui s'opèrent dans l'état de la malade. Qu'il me suffise de dire que, comme dans l'observation précédente, on n'obtient à chaque séance qu'une amélioration très peu marquée, mais que celle-ci une fois obtenue se maintient d'une façon définitive et qu'on arrive ainsi après plusieurs mois à une guérison absolument complète.

Je ne chercherai pas à déterminer ici le mode d'action de la méthode que j'ai employée. car cela exigerait de longs développements et me ferait sortir du sujet que je traite en ce moment. Je devais simplement vous faire remarquer que la malade n'avait pas été hypnotisée. Aussi ne vous aurais-je pas même parlé de cette observation si je n'avais tenu à profiter de l'occasion pour vous faire connaître un cas particulièrement intéressant et vous montrer en passant que, contrairement aux insinuations de nos contradicteurs, les résultats thérapeutiques que l'on obtient à la Salpêtrière ne le cèdent en rien à ceux dont ils viennent se prévaloir.

e. Enfin, dans certaines circonstances, on peut à l'aide de l'hypnotisme obtenir très rapidement ou même instantanément une guérison définitive. Les cas de ce genre ne sont pas très communs, mais on ne peut en contester la réalité; en voici un exemple :

Mme B..., sujette depuis longtemps déjà à des céphalalgies

et des insomnies, est opérée à l'âge de 46 ans d'une tumeur du sein gauche. La plaie se cicatrise très rapidement et, au point de vue chirurgical, le résultat est parfait. Mais, peu de temps après l'opération, la malade ressent des douleurs vives et lancinantes autour de la cicatrice et jusque dans l'épaule ; ces douleurs augmentent d'intensité dès que le membre supérieur correspondant exécute un mouvement. Plusieurs médecins qu'elle consulte pensent que les douleurs sont dues à une névrite consécutive au traumatisme chirurgical et l'engagent à immobiliser son bras ; aussi la malade évite-t-elle au début de mouvoir le membre ; celui-ci devient bientôt lourd, engourdi, et enfin il se développe une monoplégie brachiale presque complète ; en même temps l'insomnie et les douleurs de tête prennent une intensité de plus en plus grande. Après de nombreuses tentatives thérapeutiques infructueuses poursuivies pendant quatre années consécutives, Mme B... vient consulter mon ami le Dr Siredey, médecin des hôpitaux, qui est d'avis que les troubles nerveux en question sont sous la dépendance de l'hystérie, qu'il y a peut-être lieu de chercher à hypnotiser la malade, et me fait l'honneur de me l'adresser.

Mme B..., lors de ma première visite, est incapable de se servir de son membre supérieur, les mouvements qu'elle peut exécuter sont très limités et, dès qu'on cherche à imprimer à l'épaule un mouvement, quelque faible qu'il soit, elle éprouve de vives souffrances. Les muscles de l'épaule sont contracturés, ceux du bras et de l'avant-bras sont flasques. De plus, je constate une diminution très nette de la sensibilité générale et spéciale de tout le côté gauche du corps et un rétrécissement concentrique du champ visuel du même côté. La malade me dit qu'elle souffre continuellement de la tête, mais que deux ou trois fois par semaine elle ressent pendant 24 heures au niveau du vertex des douleurs atroces et qu'elle ne dort jamais plus d'une heure par nuit.

Je porte, comme mon collègue M. Siredey, le diagnostic d'hystérie et je cherche à hypnotiser la malade. J'y parviens dès le premier essai et j'arrive immédiatement à lui faire mouvoir le bras bien mieux qu'elle ne l'avait jamais fait depuis quatre ans. Le lendemain je lui fais exécuter des mouvements encore plus étendus, et après cinq séances le membre supérieur est revenu à son état normal ; tous les mouvements sont possibles et les douleurs ont disparu. La céphalalgie s'atténue très notablement et le sommeil se rétablit ; toutefois je dois dire que ces deux phénomènes ont opposé à la suggestion une résistance plus grande que n'en avait présenté la monoplégie.

Voici un autre cas dans lequel le résultat est encore plus brillant :

Un enfant de 13 ans est atteint à la suite d'une maladie infectieuse d'une impotence des membres inférieurs. Il lui est impossible de se tenir debout; quand, après l'avoir placé dans la situation verticale, les pieds sur le sol, on cesse de le soutenir, il s'affaisse aussitôt; lorsqu'il est couché, il peut faire mouvoir les divers segments de ses membres inférieurs comme à l'état normal, et l'on peut s'assurer alors que les muscles ont toute leur vigueur. Il n'existe aucun autre trouble nerveux. L'affection dure depuis trois mois.

Malgré l'absence de stigmates hystériques, M. Charcot porte, pour des raisons qu'il serait trop long d'énumérer ici, le diagnostic d'astasie hystérique.

En une seule séance je fais recouvrer à l'enfant l'usage de ses jambes; il redevient capable de se tenir debout et de marcher. La guérison se maintient d'une façon définitive.

Messieurs, vous avez, par les quelques exemples que je viens de vous donner, un aperçu général des résultats thérapeutiques que l'hypnotisme peut donner dans l'hystérie. Sans en exagérer la portée, car, en définitive, il ne faut pas oublier que la suggestion à l'état de veille, quel que soit son mode d'intervention, compte aussi à son actif de brillants succès, il est juste de reconnaître que l'hypnotisme peut rendre de réels services dans le traitement des accidents hystériques.

Le champ d'action de l'hypnotisme dépasse-t-il le domaine de l'hystérie?

Je ne suis pas en droit de le contester d'une façon absolue, mais je me crois autorisé à soutenir jusqu'à nouvel ordre que l'on n'obtient pas par ce mode de traitement de bien grands résultats dans les affections qui n'ont aucun lien avec l'hystérie.

Je dois, avant d'aller plus loin, vous mettre en garde contre une cause d'erreur assez fréquente. Une maladie organique du système nerveux ou bien encore des troubles dynamiques indépendants de l'hystérie peuvent coïncider avec cette névrose. En pareil cas il est facile de se méprendre si l'on n'a pas eu soin au préalable de faire la part de ce qui revient à chacune des deux affections. Il est possible, en effet, si le malade est hypnotisable, qu'on arrive alors à améliorer sa situation en atténuant ou en supprimant l'élément hystérique.

Voici par exemple une hémiplégie motrice d'origine organique qui s'accompagne d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle absolue, identique à celle que peut

provoquer l'hystérie ; on hypnotise le malade et l'on fait disparaître l'anesthésie par suggestion. A moins qu'un examen nécroscopique ne vienne démontrer que ce trouble était bien en relation avec une lésion de la région affectée dans l'hémianesthésie organique, on peut légitimement soutenir que l'hystérie est en cause, ou, en tout cas, le contraire n'est pas prouvé.

J'ai eu l'occasion d'observer une jeune femme atteinte de la maladie du doute ; elle avait des idées fixes, des scrupules, de l'agoraphobie ; depuis cinq ans la malade ne pouvait guère sortir de chez elle, car, lorsqu'il lui arrivait parfois, après de grands efforts, de se décider à le faire, elle était prise d'une angoisse inexprimable dès qu'elle avait franchi une centaine de mètres ; elle était obligée de rentrer chez elle à la hâte, et à plusieurs reprises ces tentatives furent suivies de crises convulsives présentant tous les caractères de l'attaque hystérique. J'ajoute que cette personne présente plusieurs stigmates de cette névrose.

J'ai pu hypnotiser la malade et la suggestion a exercé sur elle une influence incontestable ; l'amélioration était déjà très appréciable après plusieurs séances, et au bout de quelques mois la malade put sortir tous les jours et faire de longues promenades à une distance de 2 kilomètres de chez elle. Cette amélioration se maintient depuis un an. Mais remarquez bien, messieurs, que l'agoraphobie s'accompagne dans ce cas de phénomènes hystériques très caractérisés ; on peut donc admettre que l'hystérie occupe dans le tableau symptomatique une place importante, qu'elle exerce une influence sur l'affection nerveuse concomitante en en grossissant les manifestations, et qu'en réalité là encore l'hypnotisme n'a fait qu'atténuer l'élément hystérique.

Voici maintenant un autre groupe de faits, qui peuvent conduire, si l'on n'y fait pas attention, à une opinion erronée sur le rôle de l'hypnotisme en thérapeutique. On observe parfois du côté des organes de la vie de relation ou des viscères des troubles moteurs, sensitifs, vaso-moteurs ou trophiques, mal définis et qu'il est difficile de classer dans les cadres nosographiques que l'on possède à l'heure actuelle.

Je reconnais volontiers que dans certains cas de ce genre, lorsqu'on a affaire à des sujets hypnotisables, on peut obtenir de bons résultats thérapeutiques à l'aide de la suggestion pendant le sommeil hypnotique. Mais je

suis aussi très porté à croire que bien de ces états morbides plus ou moins vagues relèvent de l'hystérie ; il faut en effet se rappeler que cette névrose peut provoquer les phénomènes les plus divers, qu'elle peut se manifester par un symptôme isolé et qu'il n'est pas nécessaire, pour admettre sa présence, de constater les divers stigmates qui lui appartiennent.

Je ne veux pas soutenir toutefois qu'il faille ranger dans le cadre de l'hystérie toutes les affections qui ne sont pas encore bien déterminées ; je suis d'avis, au contraire, que l'on doit apporter beaucoup de rigueur dans le diagnostic et j'ai indiqué, dans mon Mémoire sur *La migraine ophthalmique hystérique*, les conditions qui doivent, selon moi, être réalisées dans un cas donné pour qu'il soit légitime d'affirmer que l'hystérie est en cause. Néanmoins, lorsque le diagnostic ne peut être porté avec certitude, l'hypothèse d'hystérie est souvent plus ou moins vraisemblable et en tout cas les observations de ce genre doivent être provisoirement mises de côté, car elles ne peuvent servir à résoudre la question en litige.

Ne croyez pas pourtant que je pousse mon exclusivisme jusqu'à ses dernières limites. Je ne conteste pas que certains phénomènes indépendants de l'hystérie puissent être atténués, dans une certaine mesure, à l'aide de l'hypnotisme.

Voici un malade, le nommé A..., que vous avez déjà vu tout à l'heure. Il est atteint de tabes et le diagnostic me paraît incontestable ; il a éprouvé en effet des douleurs fulgurantes et présente le signe de Romberg, le signe de Westphal, de l'incontinence des urines, une abolition complète du sens génésique et le signe d'Argyll Robertson.

Or j'ai pu, à plusieurs reprises, faire disparaître en quelques minutes une crise de douleurs fulgurantes. Mais en vérité je ne saurais me vanter de lui avoir rendu grand service et je ne crois pas avoir par cette méthode modifié sensiblement son état (1).

Ce ne sont guère que des résultats de cet ordre que l'on peut obtenir dans les affections indépendantes de

(1) Je crois intéressant de faire remarquer en passant que je puis provoquer chez ce malade par la suggestion une contracture musculaire des membres inférieurs qui sont pourtant totalement privés des réflexes tendineux (Voir à ce sujet les Leçons du mardi du prof. Charcot, 1888-1889, p. 282).

l'hystérie et en particulier dans les maladies organiques du système nerveux.

Je dois ajouter enfin, avant de terminer ce chapitre, que les pratiques de l'hypnotisme ne me paraissent pas dépourvues de tout inconvénient. Il est arrivé à plusieurs hypnotiseurs de provoquer par des tentatives de cet ordre des attaques hystériques, ce qui, du reste, vient encore à l'appui de la thèse que nous avons soutenue sur les rapports entre l'hypnotisme et l'hystérie. Ce danger ne doit cependant pas être exagéré, car il peut être le plus souvent conjuré, quand l'expérimentateur est un médecin prudent et compétent. Néanmoins on doit avoir cette éventualité présente à l'esprit et ne pas chercher à hypnotiser systématiquement tous les malades.

***

Comme on le voit, nos prétentions sont modestes.

Celles de nos contradicteurs sont, au contraire, fabuleuses et il semblerait vraiment, à les entendre, qu'ils aient prise sur toutes les maladies imaginables.

Certes il n'est pas scientifique de repousser de parti pris des assertions en contradiction avec les idées qu'on peut avoir, mais il est légitime en tout cas d'en demander des preuves rigoureuses.

M. Bernheim et ses élèves croient les avoir fournies, car ils prétendent se baser pour soutenir leur thèse sur des observations innombrables.

M. Bernheim a choisi parmi les siennes celles qu'il considère sans doute comme les plus démonstratives et les a publiées dans ses deux ouvrages, comme pièces à conviction. Il y a là en tout 208 observations groupées en un certain nombre de catégories.

Voici la classification adoptée dans l'ouvrage sur *la Suggestion* : 1° affections organiques du système nerveux ; 2° affections hystériques (17 observations) ; 3° affections névropathiques ; 4° névroses ; 5° parésies et paralysies dynamiques ; 6° affections gastro-intestinales ; 7° douleurs diverses ; 8° affections rhumatismales ; 9° névralgies ; 10° troubles menstruels.

Dans le livre sur la *Psychothérapie* l'auteur a groupé ses observations de la façon suivante : 1° observations de névrose traumatique ; 2° observations d'hystérie convulsive (9 observations) ; 3° troubles hystériques divers (6 observations) ; 4° observations de chorée ; 5° observa-

tions de tétanie ; 6° observations de névroses génitales ; 7° observations de névroses psychiques ; 8° alcoolisme ; 9° affections neurasthéniques ; 10° observations de nervo-arthritisme ; 11° observations de troubles neurasthéniques consécutifs à des affections diverses ; 12° névralgies ; 13° rhumatismes ; 14° affections spinales ; 15° troubles liés à des affections organiques diverses ; 16° troubles menstruels ; 17° observations de suggestion par métallothérapie et magnétothérapie.

D'après ce catalogue, sur ces 208 observations il n'y en aurait que 32 dans lesquelles l'hystérie serait en cause et parmi les 176 autres cas il en est un grand nombre dans lesquels l'hypnotisme a amené la guérison complète.

Cette statistique paraît au premier abord renverser complètement l'opinion que nous avons soutenue. Mais, si, au lieu de se contenter d'un examen superficiel de ces observations, on les analyse avec tant soit peu de rigueur, on voit qu'il n'en est rien. En effet un grand nombre de ces cas se rapportent manifestement, ainsi qu'on peut le démontrer par les symptômes qui ont été notés et malgré le diagnostic contraire de l'auteur, à l'hystérie.

Il en est beaucoup d'autres dont le compte-rendu est tellement vague qu'il est impossible de se faire une opinion sur la nature de l'affection dont il s'agit et dans lesquels M. Bernheim porte un diagnostic absolument arbitraire, ou bien se contente lui-même d'un diagnostic dépourvu de toute précision. Or, si l'on veut établir qu'il est possible de guérir à l'aide de l'hypnotisme des affections qui n'ont aucun rapport avec l'hystérie, il est essentiel de fournir des observations soigneusement recueillies, où le diagnostic ne puisse être discuté et qui se rapportent à des espèces nosologiques bien déterminées et bien distinctes de l'hystérie.

Je ne puis évidemment passer en revue et analyser devant vous chacune de ces 176 observations. Je choisirai quelques exemples qui suffiront, j'espère, pour vous montrer que mes critiques sont bien fondées.

Parcourons, si vous le voulez bien, le groupe des *névroses traumatiques* (*Psychothérapie*) qui comprend 18 observations. La plupart d'entre elles, sinon toutes, sont relatives à des manifestations hystériques, soit que M. Bernheim le reconnaisse lui-même, soit qu'il se contente du diagnostic de névrose traumatique. Les extraits

suivants vous fixeront à cet égard, sans qu'il soit besoin de commentaires :

« Obs. I. — Contusion épigastrique : accès de douleurs lancinantes dans la région ombilicale ; vertiges. — Points douloureux xiphoïdien et rachidien et *hémianesthésie sensitivo-sensorielle* par suggestion. — Guérison des accès douloureux en trois jours, des vertiges en six jours par suggestion hypnotique.

Obs. VI. — Douleur dorsale rachidienne sans lésion d'origine traumatique datant de vingt ans. — Pseudo-ovarialgie suggestive.

..... En 1864, la malade a eu, dit-elle, un spasme occasionné par un incendie, dans la même soirée : ce spasme consistait en un hoquet qui dura douze heures, avec renvois, sans vomissements, avec anurie. Le lendemain, nouveau hoquet avec anurie pendant huit heures. Le surlendemain, nouvel accès pendant six heures. Les accès se répétèrent ainsi pendant huit jours, en diminuant chaque fois de longueur; le dernier dura une heure.

Obs. IX. — Douleurs et impotence fonctionnelle du membre inférieur droit, suite de chute. — Guérison par suggestion en quelques jours. ..... En décembre, à la suite d'une frayeur, elle eut une crise de nerfs qui dura un quart d'heure avec strangulation, sans perte de connaissance.

Obs. X. — Contracture douloureuse du membre inférieur droit, suite d'entorse. Insuccès de la suggestion. — Trois mois plus tard, rétention d'urine qui persiste plus de deux ans. — Contracture du membre inférieur gauche la quatrième année. — Guérison à la suite d'émotions morales après quatre ans et sept mois de durée.

Jeune fille de vingt-six ans, entre, vers le mois de novembre 1884, à la clinique chirurgicale pour une entorse tibio-tarsienne droite. M. le professeur Weis lui appliqua un appareil inamovible. Au bout de quelques semaines, ayant enlevé l'appareil, il constata que le pied était désenflé, mais tout le membre était rigide et douloureux. Il me pria de la voir ; il y avait contracture et hyperesthésie excessive au moindre toucher. Nous diagnostiquâmes : contracture hystérique développée par le traumatisme.

Obs. XI. — Contracture douloureuse du bras droit datant de huit mois (suite de fluxion buccale). — Guérison en trois jours par suggestion.

Obs. XII. — Hyperesthésie du membre inférieur droit avec contracture musculaire, suite de chute. — Guérison de l'hyperesthésie par suggestion, de la déviation due à la contracture musculaire par chloroformisation et appareil plâtré.

Obs. XIII. — *Secousses hystériques* consécutives à un choc sur la tête. — Guérison par la suggestion.

Obs. XV. — Crises convulsives consécutives à une pression dans la foule. — Guérison par suggestion.

..... La sensibilité à la piqûre est *moins marquée* à gauche qu'à droite.

Obs. XVI. — *Crises convulsives hystériques* avec anesthésie sensitivo-sensorielle, suite de coups. — Guérison rapide par suggestion. »

« Passons à la classe des *affections névropathiques* (*De la Suggestion*).

« Obs. XXIX. — Symptômes *hystériformes*. Sensation de vide dans la tête et bourdonnements d'oreille, inertie morale. Disparition presque totale, rapide de ces symptômes, par suggestion hypnotique.

Obs. XXX. — Aphonie nerveuse depuis un mois. Guérison par simple affirmation. »

Remarquez que, d'une part, il n'y a pas de différence à établir entre une aphonie nerveuse et une aphonie hystérique et que, d'autre part, la guérison a été obtenue par suggestion à l'état de veille.

« Obs. XXXI. — Epilepsie; tremblement des mains, insomnie, céphalalgie consécutifs guéris par suggestion. »

Rien ne prouve d'après le compte-rendu qu'il s'agisse bien d'épilepsie. M. Bernheim ajoute lui-même à cette observation les réflexions suivantes :

« Il ne s'agit que de troubles nerveux consécutifs à des attaques d'épilepsie... que la suggestion hypnotique a amendés »

Du reste M. Bernheim reconnaît que dans l'épilepsie vraie l'hypnotisme est sans ou presque sans effet.

« Obs. XXXII. — Troubles gastriques nerveux. Douleur épigastrique. *Anesthésie des membres*. Disparition rapide de l'anesthésie par suggestion; amélioration passagère des troubles gastriques.

..... Le 7 mai on constate en outre de l'analgésie avec anesthésie du tronc et des membres supérieurs; le sens musculaire est aboli; la sensibilité n'existe qu'à la plante des pieds. »

Examinons maintenant le groupe *des névroses* (*De la Suggestion*).

« Obs. XLVI. — Secousses choréiques localisées dans un bras. — Guérison en trois séances. — Rechute au bout de quelques mois. — Guérison nouvelle en trois séances ; chaque suggestion arrête les secousses.

W... (Marie), seize ans, travaille dans une fabrique de

limes, vient à la consultation le 17 juillet 1884, avec des secousses choréiques.

....Le 17 juillet elle ne présente plus que des secousses dans les mains, secousses brusques spasmodiques, soulevant la main et l'avant-bras comme par une forte commotion électrique, mais sans douleur; ces secousses se répètent avec opiniâtreté toutes les quatre ou cinq secondes.

Obs. XLVII. — Secousses choréiques datant de quinze jours, revenues plusieurs mois après une chorée généralisée; guérison en trois séances.

Caroline V..., dix-huit ans, travaillant dans la même usine et habitant la même maison que Marie W..., fut prise par imitation en novembre.

. ...Le 17 juillet, elle vint avec Marie W... Les secousses convulsives sont semblables à celles de sa camarade; elles se répètent toutes les deux secondes.

Obs. XLIX. — Tremblement de la main gauche consécutif à une chorée, et impossibilité d'écrire de cette main. Guérison en deux séances hypnotiques.

Claudine D..., âgée de quinze ans, m'a été amenée le 21 juillet 1884, par deux de ses amies, ouvrières du même atelier, et que je venais de débarrasser en quelques séances par suggestion hypnotique de secousses choréiques.

.... Il y a quinze jours elle fut reprise de chorée généralisée. Depuis huit jours, elle n'a plus qu'un tremblement incessant latéral rhythmique, occupant la main, le bras et l'épaule gauches. »

On pourrait croire, à première vue, que ces observations établissent la possibilité de guérir à l'aide de l'hypnotisme la chorée vulgaire. Il n'en est rien. Vous savez en effet que dans la chorée de Sydenham les mouvements sont irréguliers, désordonnés. Là, au contraire, il s'agit d'une chorée rythmique identique à la chorée hystérique. On a affaire à une épidémie naissante de *danse de Saint-Guy*.

« Obs. LIII. — Chorée généralisée datant de huit jours, Amélioration après deux séances. Guérison presque totale par suggestion, quatre à cinq semaines après le début. »

Dans ce cas, il semble bien, d'après l'exposé clinique, qu'il se soit agi d'une chorée de Sydenham. Mais cette affection guérit parfois spontanément après avoir duré cinq semaines et rien ne démontre l'influence bienfaisante de l'hypnotisme.

J'extrais de la classe des *Paralysies dynamiques* (*De la Suggestion*) le passage suivant :

« Obs. LXII. — Paraplégie dynamique psychique datant de

deux mois. Amélioration notable après une séance. — Guérison complète en trois séances.

... La sensibilité est parfaite, les réflexes tendineux sont normaux, les muscles ne sont pas atrophiés. Dans son lit elle fait tous les mouvements. Je la fais se lever; elle ne peut se tenir sans s'appuyer sur son lit, sinon ses jambes fléchissent et elle tombe. Comme antécédents, elle dit avoir eu des attaques d'épilepsie à l'âge adulte, assez fréquemment. Depuis deux ans elle n'en a plus eu.

Je ne constate aucun signe de myélite, et je pense qu'il s'agit d'une *faiblesse dynamique*, que l'impressionnabilité de la malade a transformée en *paralysie psychique.* »

Il est incontestable qu'on a affaire à une paralysie psychique, mais il est encore plus exact de porter le diagnostic d'astasie d'origine hystérique.

Je vous signalerai dans le groupe des *affections neurasthéniques* (*Psychothérapie*) les deux observations suivantes :

« Obs. XLIII. — Névropathie datant de dix ans. — Vomissements alimentaires depuis un an. — *Hémianesthésie gauche.* — Suppression momentanée de l'anesthésie par la suggestion. — Cessation des vomissements. — Amélioration sans guérison complète.

Obs. LXIV. — Neurasthénie datant de huit mois. — Douleur dans la fosse iliaque droite, au-dessous des rebords costaux, constriction laryngée, dyspepsie, etc. — *Hémianesthésie droite.* — Restauration rapide de la sensibilité par suggestion. — Amélioration notable persistante obtenue en dix jours. »

L'hystérie est manifestement en cause, car l'hémianesthésie n'appartient à aucun titre à la neurasthénie.

Les autres observations ne sont pas assez circonstanciées pour qu'il soit permis d'éliminer l'hypothèse d'une intervention de l'hystérie. Du reste, il faut remarquer, d'une part, qu'il ne s'agit pas, dans tous ces cas, de guérisons définitives, et, d'autre part, que bien souvent la neurasthénie se modifie très rapidement sous l'influence d'un simple déplacement, d'un repos de quelques jours.

Ajoutons à ce sujet que M. Bernheim reconnaît que la neurasthénie qu'il appelle héréditaire est le plus souvent incurable; la neurasthénie acquise peut seule être améliorée ou guérie. On voit que M. Bernheim est réservé à cet égard, encore qu'il range, comme nous venons de le voir, des observations d'hystérie dans le cadre de la neurasthénie.

Abordons maintenant le chapitre des *affections organiques du système nerveux.*

M. Bernheim reconnaît en principe que lorsqu'il s'agit d'affections organiques l'élément dynamique surajouté est seul susceptible d'être modifié. Toutefois l'exposé des résultats qu'il a obtenus dans les cas de ce genre donnerait, si l'on acceptait sans critique le diagnostic porté par l'auteur, une idée très haute, mais inexacte de l'influence thérapeutique que peuvent exercer la suggestion et l'hypnotisme.

Dans l'ouvrage sur la *Psychothérapie* je trouve ce cas que j'ai déjà signalé plus haut, dans lequel le diagnostic de myélite infectieuse n'est aucunement justifié ; je ne fais que vous le rappeler.

Voici quelques extraits d'une autre observation :

« Obs. CII. — Affection cérébelleuse depuis près de neuf ans. — Titubation vertigineuse, pendant la marche, avec obnubilation par mouvements de la tête sur le rachis. — Hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche depuis deux ans. — Disparition de ces symptômes par les aimants. (Recueillie par M. Ganzinotty, interne du service.) »

. . . .

« N'est-ce pas une chose étrange et presque merveilleuse de voir une affection aussi grave, des symptômes aussi complexes, de la titubation et un vertige datant de plus de sept ans, qui avaient résisté aux traitements les plus énergiques, céder en quelques heures à l'application d'un morceau de fer aimanté ? A quelle lésion avions-nous affaire ? ...... En attendant de nouveaux faits une lumière plus complète, nous pouvons admettre l'existence très probable d'une affection cérébelleuse.... Reste l'hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle.... Faut-il admettre, outre le foyer cérébelleux ancien, un second foyer plus récent qui intéresserait particulièrement le tiers supérieur de la capsule blanche interne ? Telle est, ce nous semble, la seule opinion conciliable avec les idées doctrinales généralement admises... »

Ce diagnostic, que M. Bernheim ne porte du reste qu'avec une certaine réserve, ne me paraît pas du tout fondé. Dans l'hystérie on peut observer tous les phénomènes en question, et en raison même de leur évolution, il est bien plus probable qu'il s'est agi là de manifestations hystériques.

Dans le livre sur *la Suggestion* se trouvent les observations suivantes :

« Obs. IX. — Parésie d'origine traumatique des muscles de la main. Restauration immédiate des mouvements par suggestion.

Ch..., vingt ans, surveillant des travaux, à Remiremont, vient me consulter le 8 janvier 1887. Il y a trois mois, il se fit une *blessure à la main au niveau du pisiforme droit. La main se ferma tout de suite ;* il y eut un certain degré *d'anesthésie dans la sphère du cubital*, qui a disparu. Depuis ce moment, Ch... n'a pu se servir de cette main ; *il ne peut pas écarter les doigts, ni ouvrir ou fermer spontanément la main.* Le Dr Guyot, de Remiremont, pensant à une lésion du nerf cubital, l'adressa à mon collègue, M. Weiss, qui me fit voir le malade.

Nous l'hypnotisons séance tenante ; il arrive au troisième degré. *Je lui suggère* qu'il peut ouvrir et fermer la main, écarter les doigts ; j'ajoute la manipulation à la suggestion. Au bout de dix minutes, je le réveille. Ch... *peut ouvrir et fermer la main, écarter et rapprocher ses doigts.* Il rentre le soir même à Remiremont, malgré mon désir de le voir rester quelques jours ici pour consolider la guérison. Ce résultat immédiat s'est-il maintenu? En tout cas, en cas de récidive, la suggestion répétée réussira certainement à restaurer définitivement la fonction. »

J'ai cité cette observation *in extenso*. En vérité, je ne conçois pas comment M. Bernheim a pu, sur de pareilles données, classer ce cas dans le groupe des affections organiques du système nerveux.

« Obs. VIII. — Troubles nerveux dans le plexus brachial gauche, s'irradiant quelquefois aux nerfs thoraciques et cardiaques, fourmillement, engourdissement, contracture, constriction, douleurs par accès. La suggestion dissipe instantanément les accès, mais n'en prévient pas le retour.

. . . .

Le 25 décembre, étant au lit, il ressentit toute la main gauche engourdie et avec des fourmillements, comme s'il avait couché sur elle : ces fourmillements persistèrent toute la journée ; à 6 heures du soir, ils montèrent peu à peu jusqu'à l'épaule, puis se propagèrent de haut en bas le long de l'aisselle jusqu'à la hanche. Le lendemain matin, son cou était raide ; il avait la sensation d'une barre dans la moitié gauche de la nuque. Ces fourmillements durèrent pendant trois jours avec insensibilité complète de tout le membre supérieur gauche et parésie. Au bout de trois jours, les fourmillements disparurent et, après cinq à six jours, la sensi-

bilité était restaurée totalement. Les jours suivants, tremblement continu, léger, persistant au repos, qui dura jusqu'en mars. Alors survinrent des crises, caractérisées par un engourdissement à la main, remontant dans le bras et descendant sur le côté gauche du thorax; l'avant-bras contracturé en flexion, la main en pronation, les doigts fléchis, avec douleurs vives, sensation de constriction et d'étouffements à la région précordiale...... »

Là encore il y a tout lieu d'incriminer l'hystérie plutôt qu'une affection organique du système nerveux.

M. Bernheim publie aussi plusieurs cas d'hémiplégie organique avec hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, dans lesquels la suggestion a fait disparaître les troubles de la sensibilité. Mais qu'est-ce qui prouve que l'hémianesthésie reconnaissait pour cause l'existence d'une affection organique, puisqu'il n'y a pas eu d'examen nécroscopique?

L'autopsie a été pourtant pratiquée dans un cas qui prend ainsi, en apparence, une importance fondamentale. Voici le résumé de cette observation :

« Obs. I. — Hémiplégie gauche avec hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle datant de un an. Hémiplégie droite passagère. Foyers dans chaque hémisphère. Tremblement post-hémiplégique bilatéral simulant une sclérose en plaques. Trépidation réflexe bilatérale et contracture des membres gauches. Guérison de l'hémianesthésie, du tremblement et de la trépidation par une simple application de l'aimant à la face. Retour de la contracture des membres gauches avec flexion de la main; vingt mois plus tard, guérison de la contracture par suggestion hypnotique. Diminution de l'oppression. Survie de trois ans. Autopsie.

Vous supposez peut-être que la contracture et la trépidation réflexe sont dues à une dégénération secondaire du faisceau pyramidal et que l'hypnotisme peut, par conséquent, faire disparaître les phénomènes spasmodiques imputables à cette lésion. Détrompez-vous; car, comme cela est noté dans le cours de l'observation, la moelle ne présentait pas de sclérose secondaire.

En somme, dans ces observations, rien ne démontre que l'hypnotisme puisse exercer une sérieuse influence sur les affections organiques du système nerveux.

Vous avez sans doute entendu dire que l'hypnotisme rend des services éminents dans le traitement des névralgies. Eh bien, Messieurs, j'ai lu attentivement les di-

verses observations de sciatique que M. Bernheim a publiées, mais je n'ai pas vu là un seul exemple de névralgie intense, de névrite sciatique accompagnée d'amyotrophie. Il s'agit, dans la plupart de ces cas, de sujets souffrant depuis quelques jours ou quelques semaines de douleurs plus ou moins vagues dans la partie postérieure de la cuisse. Or, n'est-il pas arrivé à tout médecin d'observer, dans des cas de ce genre, une amélioration ou une guérison très rapide, sous l'influence d'une injection d'eau distillée, de l'application d'un vésicatoire ou d'une pulvérisation de chlorure de méthyle? Il faut savoir du reste que l'hystérie peut provoquer des douleurs analogues et rien n'empêche de supposer que dans quelques-unes de ces observations, au moins, les douleurs soient d'origine hystérique.

Je ne conteste pas l'exactitude des résultats obtenus, mais ceux-ci ne sont pas en contradiction avec la thèse que je soutiens.

Certains aliénistes ont prétendu que les maladies mentales pouvaient être modifiées par l'hypnotisme. Il y a lieu d'être très réservé à cet égard. Voici en effet ce qu'en pensent quelques médecins des plus compétents en la matière.

M. Magnan nous a autorisé à dire que les expériences sur le traitement de la folie par l'hypnotisme, faites au Bureau de l'admission depuis trois ans, n'ont pas donné, jusqu'à présent, de résultat appréciable. Du reste, M. Bernheim lui-même reconnaît que le domaine de l'aliénation est le plus rebelle à la suggestion.

M. Forel, de Zurich, partage cette opinion.

« Les idées délirantes, dit-il (1), n'ont jamais été modifiées chez aucun malade; même ceux que je parvenais à hypnotiser, à rendre anesthésiques, amnésiques, auxquels je faisais réaliser des suggestions post-hypnotiques, se refusaient à accepter toute suggestion allant contre leurs idées délirantes. Je n'ai jamais réussi à influencer le cours de la vraie mélancolie (*je ne parle pas des mélancolies hystériques*) par la suggestion, tout au plus à produire parfois le sommeil et à activer la convalescence dans un cas. »

M. Briand, médecin en chef de l'Asile de Villejuif, dit (2):

(1) *Premier Congrès international de l'hypnotisme*. p. 155. Octave Doin, éditeur, 1890.

(2) *Premier Congrès*, etc., p. 186.

« J'ai essayé maintes fois d'endormir des aliénés délirants, ne présentant aucune tare hystérique, mais je n'ai jamais été assez heureux pour obtenir aucun résultat. »

*
* *

Messieurs, j'espère que cette critique rapide des observations qui devaient nous confondre vous a permis d'en apprécier la valeur.

N'est-il pas légitime de dire qu'en dehors de l'hystérie il n'existe pas une seule affection susceptible d'être modifiée d'une façon notable par l'hypnotisme, ou du moins que le contraire n'est pas encore prouvé, car les observations publiées dans ce but sont loin d'être démonstratives ?

Je me crois autorisé à conclure de toute cette discussion que les phénomènes hypnotiques sont de même essence que les phénomènes hystériques et que des liens intimes unissent l'hypnotisme à l'hystérie.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.